# 首都医科大学同等学力人员申请医学硕士专业学位资格审查表

拟申请单位名称：首都医科大学　　注册 ID：

<table>
<tr><td>姓名</td><td colspan="3"></td><td>姓名拼音</td><td colspan="2"></td><td rowspan="5">贴照片处（两寸、蓝底，必须与信息平台的相片一致）</td></tr>
<tr><td>性别</td><td></td><td>出生日期</td><td></td><td>民族</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>国籍</td><td colspan="3"></td><td>政治面貌</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">身份证件类型</td><td colspan="2"></td><td>证件号码</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">工作单位所在省市</td><td colspan="2"></td><td>参加工作年月</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">工作单位</td><td colspan="3"></td><td>工作单位性质</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">技术职务级别</td><td></td><td>行政职务级别</td><td></td><td>申请人类型</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">移动电话</td><td></td><td>工作电话</td><td></td><td>非工作电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">通信地址</td><td colspan="3"></td><td>邮政编码</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">个人简历</td><td>起止年月</td><td colspan="7">在何地、何部门、任何职务(从中学开始填写)</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>获前置学位类别</td><td></td><td>学位授予单位</td><td></td><td>学位证书编号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>获前置学位年月</td><td></td><td>获前置学位专业</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>拟申请专业硕士学位类别</td><td></td><td>拟申请专业硕士学位领域</td><td></td><td>网上申请时间</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>规培状态</td><td></td><td>所在规培基地名称</td><td></td><td>规培开始年月</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>规培结束年月</td><td></td><td>规培专业</td><td></td><td>规培证书编号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="8">本人承诺：<br>“本人保证以上信息真实、准确，并愿意承担由于以上信息虚假带来的一切法律责任和后果。”<br><br>----------<br><br>----------　　申请人签名<br>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="8">学位授予单位审核意见：<br><br>审核人签字：　　接受申请的学位授予单位（盖章）<br>年　　月　　日</td></tr>
</table>

**注：1、表格中所填报信息必须与网上填报信息完全一致，如有不明之处可登录同等学力信息平台查看。**
**2、“本人承诺、申请人签名”处必须手抄填写，打印无效。**